

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



# LA FACULTÉ

## Référence du concours de résidnat

### Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:  
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

**Généralités :**

- Voies aériennes supérieures **VAS** (sus glottiques) : sont septiques
- Voies aériennes conductrices **VAC** = arbre trachéo-bronchique
- **Poumon profond** = alvéoles pulmonaires + bronchioles terminales + interstitium pulmonaire
- **Pneumonie** : atteinte du poumon profond
- **Bronchite** : atteinte des VAC
- **Bronchiolite** : atteinte des bronchioles

**Définition de la pneumonie :**

- atteinte inflammatoire d'origine infectieuse du **poumon profond**
- 1<sup>ère</sup> cause de décès par maladie infectieuse
- **en fonction des éléments anatomiques atteints :**
  - pneumonie alvéolaire (alvéolite pure)
  - pneumonie lobulaire (bronchiolo-alvéolite)
  - pneumonie interstitielle (interstitium)
- **en fonction des circonstances d'apparition :**
  - **pneumonie communautaire** : contractée en extrahospitalier le plus souvent chez un sujet antérieurement sain (non immunodéprimé)
  - **pneumonie nosocomiale** : déclarée après 72H d'hospitalisation due le plus souvent à des germes multi résistants (gram-) suite à une manœuvre instrumentale
- **Pneumonies communautaires** : 1<sup>ère</sup> pneumocoque, 2<sup>ème</sup> mycoplasme
- **Abcédation** : staph, klebsiella, pseudomonas
- **Pneumonies nosocomiales** : Pseudomonas +++ Klebsiella

**Diagnostic :**

**1) Pneumonie alvéolaire**

- **Germe causal :**
  - **streptocoque pneumoniae** +++ (diplocoque gram + encapsulé)
  - 1<sup>ère</sup> cause de pneumonie communautaire
  - se voit à tout âge, peu affecter les adultes jeunes antérieurement sains
  - terrain immunodéprimé : splénectomisé, sujet âgé, BPCO, IC, diabète, alcoolisme
- **Début brutal 24-36h avec :**
  - Fièvre 39-40 + frisson unique prolongé + tachycardie
  - Toux sèche + dyspnée
  - Douleur punctiforme sous mamelonnaire inhibant l'inspiration profonde
  - Expectoration rouillée de Laennec le lendemain
- **Sd de condensation**
  - Matité
  - Augmentation des vibrations vocales
  - Râles crépitants
- Herpes naso-labial
- Facies rouge ou rougeur unilatérale d'une pommette

- **Il n'existe pas de signes extra-respiratoires (sauf complications graves)**
- **Examens complémentaires :**
  - NFS : hyperleucocytose à PNN, leuconéutropénie < 4000 GB (s. gravité)
  - CRP très élevée > 200mg/l
  - Radio : opacité dense, homogène et systématisée uni ou bilatérale avec un bronchogramme aérique
  - Bilan préthérapeutique : bilan rénal (urée, créatinine) glycémie
  - Diagnostic de certitude : hémocultures (positives dans 30% des cas)
- **Evolution** : favorable en règle générale
  - Apyrexie 36 à 48h sous TRT
  - Normalisation radio en 1mois
  - Complications : IRA, choc septique, CVID, pleurésie purulente
- **TRT**
  - Amoxicilline 3g/j pendant 2 semaines
  - Si allergie : Pristinamycine (Pyostacine) 2g/j

## **2) Pneumonie lobulaire :**

- **Germe causal** : **staphylocoque auréus +++** (cocci gram +) **porte d'entrée cutanée +++**
- Terrain : drogué, diabétique, sujet âgé, DDB, très sévère chez le nourrisson
- **Début brutal** avec tableau d'une broncho-pneumonie qui s'excave formant des abcès multiples ou une pneumonie bulleuse => troubles de la ventilation
  - Les abcès peuvent être compressifs => SDRA
  - Les abcès peuvent se rompre dans la plèvre => pyopneumothorax
  - Fièvre 39-40 + tachycardie
  - Toux productive + dyspnée + cyanose (avec tirage et battement des ailes du nez chez l'enfant)
  - Expectoration purulente
  - Râles crépitants
- **Examens complémentaires :**
  - NFS : hyperleucocytose modérée
  - Radio :
    - opacité dense, floue, non systématisée, floconneuse pouvant confluer
    - une pleurésie purulente peut être associée
    - s. évocateur : labilité radiologique
  - Bilan préthérapeutique : bilan rénal (urée, créatinine) glycémie
  - Diagnostic de certitude : hémocultures souvent positives
- **TRT** : Oxacilline + Gentamycine

### **3) Pneumonie interstitielle :**

- **Germe causal :**
  - **Mycoplasma pneumoniae**
  - Survient par épidémies
  - terrain : adulte jeune sans ATCD pathologiques
- **Début progressif +++**
  - commence par un Sd grippal ou une rhinopharyngite
  - Fièvre modérée 38-38.5 + dyspnée
  - Toux quinteuse incessante et insomnante douloureuse retro-sternale
- **S. extra-thoraciques :**
  - Troubles digestifs
  - Asthénie, céphalées, myalgies, arthralgies
  - Anémie hémolytique possible
- **Examens complémentaires :**
  - NFS : souvent normocytose parfois hyperleucocytose à PNN modérée
  - VS très accélérée
  - Radio : opacité reticulo-nodulaire bilatérales prédominante aux bases
  - Bilan préthérapeutique : bilan rénal (urée, créatinine) glycémie
  - Test de Coombs direct positif
  - Présence d'agglutinines froides (IgM anti erythrocytaire) : très évocatrice mais non spécifique
  - Diagnostic de certitude : 2 sérologies positives (4x nl) à 15j d'intervalle
- **Evolution :**
  - Favorable en 1à2 semaines
  - Guérison radio retardée
- TRT : Erythromycine 2g/j pendant 2semaines

### **Formes cliniques :**

#### **Pneumonie à Hemophilus influenzae (BGN)**

- Survient surtout chez les sujets porteurs de BPCO
- Tableau radio-clinique :
  - broncho-pneumonie chez le fumeur
  - pneumonie systématisée (pneumonie alvéolaire) **chez l'enfant**
- TRT : Augmentin ou CG3

#### **Pneumonie à Légionella pneumophila (BGN)**

- germe intracellulaire souvent sporadique parfois épidémique
- début en quelques jours :
  - fièvre + frissons + toux sèche
  - **s. extra respiratoires :**
- troubles digestifs : vomissements, diarrhée, douleurs abdominales
- troubles neurologiques : confusion, agitation, céphalées
- troubles rénaux : oligurie, hématurie, protéinurie

- **examens complémentaires :**
  - NFS : hyperleucocytose ou lymphopénie
  - Radio : pneumonie franche ou opacité alvéolaire flou, arrondie confluyente non systématisée
  - La sérologie permet un diagnostic rétrospectif de certitude (2 sérologies + à 15j d'intervalle)
  - IFD sur expectoration : spécifique mais peu sensible
  - Examen bactériologique des crachats (diagnostic différentiel avec TBK)
- Evolution : favorable sous TRT précoce
- TRT : Erythromycine 3g/j pendant 3semaines

#### **Pneumonie à Chlamydia pneumoniae**

- Transmise par les oiseaux
- Début progressif : fièvre 40, toux, précédé de s. ORL (sinusite, pharyngite)
- Parfois s. extra-respiratoires : myalgie, SPM, rash cutané
- Biologie non spécifique
- Radio ; pneumonie interstitielle
- Diagnostic sérologique
- Evolution favorable sous TRT
- TRT : Erythromycine 2g/j pendant 2semaines

#### **Pneumonie à Coxiella burnetti (Fièvre Q) :**

- Tableau de pneumonie interstitielle
- TRT : Doxycycline 200mg/j pendant 2 semaines

#### **Pneumonie nosocomiale à Klebsiella pneumoniae (BGN)**

- Terrain : alcoolique, BPCO
- Tableau de pneumonie lobulaire
- Radio :
  - foyer systématisé à limite convexe (aspect de bombement de la scissure non spécifique)
  - nécrose fréquente responsable d'excavations (EPL)
- diagnostic :
  - Hémocultures positives dans 20% des cas
  - Isolement du germe par prélèvement protégé per fibroscopie +++
  - Ne jamais faire de fibro si hyperleucocytose => entamer d'abord un TRT probabiliste
- Evolution : mortalité élevée 20% sous TRT
- TRT : Céphalosporines 3g/j en IV 2-3semaines

#### **Pneumonie nosocomiale à Pseudomonas aeruginosa**

- La plus fréquente et la plus grave des nosocomiales, mortelle dans 50% des cas
- Terrain : DDB, vieillard, mucoviscidose
- Broncho-pneumonie extensive souvent abcédée

#### **Formes cliniques selon l'âge :**

- **Enfant < 2ans** : VRS (virus respiratoire syncytial)
- **Enfant 2-10ans** : Hémophilus, Staph doré
- **Sujet âgé et diabétique** : Staph, Pneumocoque

**Signes de gravité :**

- **Age > 65 ans**
- **Cliniques :**
  - Troubles de la conscience, épilepsie
  - FR > 30, FC > 120, T° > 40 ou < 35, PAS < 90mmHg
- **Diffusion extra-lobulaire ou extra-thoracique des lésions**
- **Biologiques :**
  - GB > 30000 ou < 4000
  - PaO2 < 60 mmHg
  - Urée sanguine > 7mmol
  - Albumine < 35 g/l
- **Comorbidité associée : diabète...**

**Surveillance :**

- Normalisation de la température en 48h
- Clinique : facteurs de gravité
- NFS : 1x/s
- Réévaluation au 3<sup>ème</sup> j
  - Si amélioration => continuer le TRT
  - Pas d'amélioration : changer d'ATB ou associer un 2<sup>ème</sup> ATB
- Radio : 4<sup>ème</sup> semaine

**Mesures générales :**

- Equilibre hydro-électrolytique
- Repos
- Eviter les antipyrétiques

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



# LA FACULTÉ

## Référence du concours de résidnat

### Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:  
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

**ABCES DU POUMON**

- Suppuration collectée dans une cavité néoformée dans le parenchyme pulmonaire par une infection non spécifique
- Survient surtout sur terrain immunodéprimé
- évolue en 3 stades

**1) foyer fermé :**

- **clinique** : AEG, faciès terreux, fièvre oscillante, haleine fétide
- **radiologie** : opacité dense homogène grossièrement arrondie à contours flous
- **biologie** : hyperleucocytose > 15000 éléments/ml

**2) vomique purulente :**

- **Clinique** :
  - fièvre tend à diminuer (38 à 38,5)
  - rejet massif ou fractionné de pus par la bouche au décours d'un accès de toux
  - haleine fétides + râles ronflants
- **radiologie** : niveau hydroaérique

**3) foyer ouvert**

- **clinique** :
  - SD infectieux avec AEG
  - Quintes de toux, expectorations nauséabondes purulentes + hémoptysie
  - Râles bronchiques
- **Radiologie** : image hydroaérique à contours nets réguliers à niveau horizontale rectiligne
- **Biologie** : GB > 20000 éléments /ml

**Diagnostic positif :**

- ➔ SD infectieux : AEG + fièvre + faciès terreux
- ➔ Toux + expectorations malodorantes purulente + hémoptysie + râles bronchiques
- ➔ Hyperleucocytose à PNN
- ➔ Image de NHA
- ➔ Isolement du germe
  - méthodes directes :
    - non invasives : examen des crachats.
    - invasives : (prélèvement protégé par ATB)
      - ponction aspiration trans-trachéale
      - fibroscopie bronchique
      - ponction trans-thoracique
  - méthodes indirectes :
    - ponction d'un foyer septique.
    - Hémoculture.
    - recherche d'Ag soluble pas méthodes immunologiques.

**Etiologies :**

**1- formes primitives bactériologiques :**

- streptocoque.
- staphylocoque : fréquente chez l'enfant, le nourrisson et le diabétique.
- pneumocoque.
- anaérobie : expectorations putrides.
- BGN : Klebsiella (pneumonie nécrosante), pseudomonas (mortalité élevée).
- Flores poly microbienne.

**2- formes secondaires :**

- cancer bronchique, cancer œsophagien
- infections de la sphère ORL, fistule œsophagienne
- corps étrangers, plaie à l'arme blanche
- DDB, mucoviscidose...

**Traitement :**

**1) Antibiothérapie :**

- bactéricide, associée, parentérale, après tout examen biologique, pendant 4 à 8 semaine
  - o Staphylocoque : B lactamine (oxa) + aminosides (genta)
  - o BGN : céphalosporines 3G + aminosides
  - o Pneumocoque : monothérapie à Peni A.
  - o Streptocoque : Peni A + metronidazole (flagyl).
  - o Anaérobie : Peni G + métronidazole (flagyl).

**2) mesures associées :**

- traiter les portes d'entrée
- apport calorique, protidique + boisson abondante
- traiter une tare associée (diabète, épilepsies...)

**3) évacuation du pus :**

- drainage déclive lors des kinésithérapies respiratoires

**Surveillance :**

- 1- T° : quotidienne
- 2- NFS : 1x/semaine
- 3- Volémie d'expectoration : quotidienne
- 4- Radiologie : 1x/semaine
- 5- Poids : 1x/semaine

**Critère de guérison :**

- 1- apyrexie complète et durable au bout de 10jours
- 2- NFS se normalise à la 3<sup>ème</sup> semaine
- 3- Tarissement des expectorations
- 4- Radiologie : nettoyage au bout de 4 à 6 semaines (restitution ad intégrum ou image cicatricielle stable sur 2 clichés d'intervalle)

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



# LA FACULTÉ

## Référence du concours de résidnat

### Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:  
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

### **3 PLEURESIES PURULENTES**

- Présence de liquide trouble purulent entre les deux feuillets de la plèvre avec présence de PNN altérés à l'examen cytologique

#### **Physiopathologie :**

- infection pulmonaire : pneumonie, DDB, abcès, corps étrangers
- inoculation directe : traumatique, iatrogène (ponction)
- inoculation indirecte : péritonite, ostéite

#### **Anapath : 3 stades successifs**

##### **1- phase de diffusion = phase exsudative**

- inflammation exsudative de la plèvre + EPL stérile de la grande cavité pleurale

##### **2- phase de collection = phase purulente :**

- liquide épais purulent, évoluant progressivement vers le cloisonnement de l'épanchement

##### **3- phase de l'enkystement**

- accumulation de fibrine, la fibrose envahie la plèvre donnant une pachypleurite d'où l'intérêt d'une kinésithérapie pour éviter les séquelles pleurales

#### **Clinique :**

- SD infectieux : AEG, fièvre frissons
- SF : douleurs, toux, dyspnée, cyanose
- SP : Sd d'EPL : matité, diminution des vibrations vocales, diminution du murmure vésiculaire

#### **Paraclinique :**

##### **1) radiographie thoracique :**

- stade 1 : opacité dense homogène à limite supérieure concave en haut et en dedans, comblant les culs de sac costo-diaphragmatiques
- stade 2 : limite supérieure convexe en haut et en dedans (cloisonnement)
- stade 3 : épaississement pleurale + signes de rétraction
  - o pincement des EIC
  - o attraction du hile et du médiastin
  - o ascension de l'hémi coupole diaphragmatique

##### **2) ponction pleurale :**

- désinfection de la peau, utiliser une aiguille de gros calibre, ponctionner au niveau du bord supérieur de la cote pour éviter les paquets vasculo-nerveux

##### **3) NFS :**

- hyperleucocytose à PNN, VS accélérée, anémie inflammatoire
- hémoculture au pic fébrile
- faire un bilan rénal + glycémie

#### **Complications :**

- locales :
  - séquelles pleurales (pachypleurite)
  - rétraction de la paroi pouvant aller à la déformation thoracique
  - rétraction parenchymateuse avec emphysème para cicatriciel et DDB
- générales :

- IRC, ICD
- Amylose (surinfections => destruction protéique => dépôt rénal de substances amyloïdes => IRénaleC

**Etiologies :**

- 1- Pneumocoque : évolution fréquente vers le cloisonnement
- 2- Staphylocoque : porte d'entrée cutanée
- 3- Streptocoque : porte d'entrée ORL
- 4- BGN
- 5- BK
- 6- Hémophilus : surtout chez l'enfant
- 7- Entérobactéries : (klebsiella, E. col, protéus)
- 8- Bactéroïdes

**Traitement**

- 1- **Antibiothérapie :**
  - bactéricide pendant 4 à 6 semaines
  - traitement des foyers d'origine
  - corriger les tares associées
- 2- **ponction pleurale évacuatrice :**
  - quotidien jusqu'à disparition du liquide, parfois lavage au sérum +/- antiseptique
- 3- **kinésithérapie respiratoire :**
  - inspiration et expiration profonde matin et soir (15min)
  - durée 3 à 6 mois mais une fois que le patient n'a plus de pus ni de fièvre
- 4- **TRT chirurgical en cas de**
  - pachypleurite engainante persistante
  - cloisonnement persistant
- 5- **TRT générale :**
  - oxygénothérapie
  - rééquilibre protéique, hydroélectrolytique, vitaminique (éthylrique)

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



# LA FACULTÉ

## Référence du concours de résidnat

### Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:  
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

**La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger**  
**4 DILATATION DE BRANCHES (BRONCHECTASIE)**

- augmentation permanente et irréversible du calibre des bronches dans des territoires +/- étendues avec altération de leurs fonction
  - ➔ destruction de l'armature chondro-musculo-élastique de la paroi bronchique
  - ➔ bronchorrhée qui sédimente en 4 couches
- le diagnostic est clinique + radiologique
- la thérapeutique repose sur la kinésithérapie respiratoire

**Anapath**

**a) macroscopie**

- les lésions prédominent au niveau des lobes inférieurs, uni ou bilatérales
- les bronches concernées sont situées entre le 4<sup>ème</sup> et 8<sup>ème</sup> ordre de division
- les bronchioles distales sont obstruées
- 3 types de lésions :
  - **DDB cylindrique ou fusiforme :**
    - bronches légèrement dilatées (augmentation régulière du calibre) à bords réguliers se terminant de façon abrupte
    - le nombre de ramifications distales est à peine réduit
  - **DDB variqueuse ou moniliforme**
    - dilatation de bronche irrégulière
    - ramifications distales nettement réduites
  - **DDB sacculaire ou kystique**
    - les bronches augmentent rapidement de diamètre se finissant en cul de sac
    - destruction, obstruction et absence de ramifications bronchiques

**b) microscopie + physiopathologie**

| Lésions histologiques                                                                                                                                                                                                        | Répercussions physiologiques                                                                                                                     | Expression clinique                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Muqueuse</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- inflammation des parois bronchiques</li> <li>- ulcération en plaque du revêtement épithéliale de surface</li> </ul>                                                 | Diminution de la clearance muco-ciliaire => stase du mucus                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- infections</li> <li>- râles polymorphes</li> <li>- toux + expectorations</li> </ul> |
| <b>Sous muqueuse</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- destruction de l'armature fibro-cartilagineuse</li> <li>- involution scléro-kystique des glandes sero muqueuses</li> <li>- absence d'hypersécrétion</li> </ul> | Atonie bronchique <ul style="list-style-type: none"> <li>- flaccidité</li> <li>- béance bronchique</li> <li>- rétention de sécrétions</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- infections</li> <li>- râles polymorphe</li> <li>- toux + expectoration</li> </ul>   |
| <b>Chorion</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- néovascularisation intense angiomateuse à haut débit du chorion (réactionnelle)</li> </ul>                                                                           | Possibilité de rupture vasculaire pariétale                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- hémoptysie</li> </ul>                                                               |

**Clinique :**

- 1) **bronchorrhée** : maitre symptôme (200 à 300 cc/jr)
  - quotidienne, matinale, exacerbation hivernale
  - odeur de plâtre frais, ténacité désespérante
  - sédimente en 4 couches (de bas en haut) :
    - purulente,      séro-muqueuse,      muco-purulente,      spumeuse aérée
- 2) **hémoptysie** :
  - signe le plus souvent une poussée de suppuration bronchique

**3) dyspnée**

- d'abord d'effort puis de repos progresse vers l'insuffisance respiratoire

**4) toux**

- traduit l'encombrement bronchique
- grasses quinteuses et profondes

**5) signes physiques :**

- râles ronflants (augmentation + stase des sécrétions) ou sibilants (obstruction)
- râles crépitant (extension alvéolaire)
- évolue vers un tableau d'IRC avec ICD

**Examens complémentaires :**

- **radiographie de face :**
  - clarté tubulées : bronches dilatées entre leurs parois épaissies
  - opacité tubulées : bronches remplis de sécrétions non évacuées
  - bronchocèle : image volumineuse ovale correspondant à une bronche dilatée remplis de pus, para-hilaire le plus souvent
  - pseudo rayon de miel : due à la juxtaposition d'images aréolaires en absence de remplissage bronchique
  - cavités multiples : bronchéctasie kystique avec parfois niveau liquidien
  - condensation : en cas de collapsus lobaire
- **EFR :**
  - syndrome obstructif puis mixte
- **TDM thoracique (DC de certitude)**
  - aspect en baguette à chaton (coupe transversale broncho-artérielle)
- **Fibroscopie bronchique :**
  - met en évidence une cause locale
  - localise le segment bronchique responsable d'hémoptysie
  - prélèvements à visée bactériologique
- **Scintigraphie de perfusion :**
  - dans le cadre du bilan préopératoire
- **bronchographie**
  - morphologie et topographie des lésions, n'est plus utilisée pour le diagnostic

**Complication :**

- infections locales
- infections à distance
- hémoptysie
- IRC puis IVD
- Amylose favorisé par la suppuration chronique (perte protéique)

**Etiologies et facteurs prédisposants :**

**1) facteurs infectieux :**

- ATCD d'infection respiratoire sévère (coqueluche, infections virales)
- TBK
- Rougeole, infection à VRS
- Aspergillose broncho-pulmonaire

**2) facteurs mécaniques :**

- corps étrangers
- ADP
- Tumeurs bronchiques

**3) facteurs liés à l'hôte**

- pathologies malformatives génétiques : maladie de MOUNIER KHUN
- déficit immunitaire, maladie de système (PR, LED)
- mucoviscidose

**Traitement :**

**1) médical :**

- drainage bronchique quotidien (10min)
- **ATB** : en cas de surinfections bronchiques si :
  - Augmentation volumétrie des crachats, fièvre, modification de l'aspect des crachats, hyperleucocytose à l' NFS
- **bronchodilatateurs** : en cas d'hyperréactivité bronchique pour éviter les bronchospasme réflexe
- **corticoïdes** : cures brèves à faibles doses
- autres : **vaccination antigrippale**, proscrire les fluidifiants

**2) chirurgical** : lobectomie

**3) kinésithérapie respiratoire** : quotidienne 3 à 5x/jr

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



# LA FACULTÉ

## Référence du concours de résidnat

### Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:  
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

### **Primo infection tuberculeuse (PIT)**

C'est la première pénétration du BK dans l'organisme anergique (sans ATCD de contamination)

**Chancre d'inoculation** : la PIT entraîne

- réaction tissulaire immédiate : lésion d'allure exsudative inflammatoire non spécifique
- diffusion des BK dans tous les viscères de l'organisme : localisations secondaires
- une nécrose caséeuse survient ensuite avec organisation de follicules composés de lymphocytes, de cellules épithéloïdes et de cellules de Langhans
- évolution du foyer caséeux => destruction de nombreux BK et enkystement de certaines zones

**Complexe primaire tuberculeux = chancre d'inoculation + ADP**

#### **Clinique :**

- **forme latente asymptomatique** : grande majorité des TBK
- **forme patente** :
  - SG : AEG, arthralgies, AAA, fièvre
  - Tableau évocateur : Typho bacillose de Landouzi
    - Fièvre irrégulière
    - arthralgies
    - SPM discrète
    - Erythème noueux
    - Kerato-conjonctivite phlycténulaire

#### **Radio :**

- **forme latente** : normale
- **forme patente** : chancre d'inoculation + ADP médiastinales uni ou bilatérales généralement hilaires droites

#### **Complication de la PIT latente :**

**Pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse primitive (PSFTP)**

- **Définition :**

La PSF est l'inflammation de la plèvre avec un épanchement de la cavité pleurale d'un liquide exsudatif clair, citrin, riche en fibrine.

- **Clinique :**
  - début brutal : fièvre 39, point de coté violent, toux sèche et quinteuse, dyspnée
  - début progressif : signes d'imprégnation tuberculeuse
  - Sd pleurétique : matité, diminution des vv, et du mv
- **Radio :** EPL

- **Ponction pleurale :**
  - Aspect jaune citrin
  - Exsudat (albumine > 30g/l) riche en fibrine (0.5-3g/l) Rivalta +
  - Tx de glucose < 0.3 g/l
  - Hyper lymphocytes 90%
- **IDR :** positive si tuberculose extra pulmonaire TEP
- La PSFTP est **paucibacillaire** => examen bactériologique pas nécessaire
- **Biopsie pleurale** (dc de certitude) : **follicule de Koester avec nécrose caséuse**
- **TRT : régime de 1<sup>ère</sup> ligne CAT III**
  - Traiter l'infection (2RHZ/4RH)
  - Ponction pleurale évacuatrice + biopsie pleurale
  - Prévention de la pachypleurite : Kiné + CTC pendant 2 mois (Prédnisone 0.5mg/kg/j)

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



# LA FACULTÉ

## Référence du concours de résidnat

### Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:  
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

## **TUBERCULOSE**

- maladie contagieuse due au bacille de koch transmise à l'homme par voie aérienne grâce aux gouttelettes de Pflug (dépend de la durée et de la concentration d'exposition à l'air contaminé)
- **tuberculose pulmonaire TP (90%) : est la seule forme contagieuse**
- **tuberculose extra pulmonaire TEP : plus rare pauci bacillaire, n'est pas contagieuse**, son diagnostic est histologique par la mise en évidence du follicule de Kœster
- **le BCG protège contre les formes graves (méningé et miliaire)** non contre la forme commune de TBK
- 5<sup>ème</sup> cause de décès, surtout en Afrique

### **Facteurs favorisants :**

- immunodépression : HIV, malnutrition, diabète, corticoïdes, néoplasie...
- exposition : mauvaise condition socio-économique, profession à risque
- pathologies pulmonaires : pneumoconioses

### **Diagnostic :**

- **interrogatoire : notion de contagé**, FDR
- **début progressif en quelques semaines**
- **SG** : signes d'imprégnation tuberculeuse
  - AAA, fébricule, sueurs nocturnes, aménorrhée chez la femme
- **SE (>15jr)** : toux productive, expectoration purulente, dyspnée
- **SP** : présence de râles crépitants mais le plus souvent examen sans particularité
- **début brutal :**
- hémoptysie (symptôme fidèle) petite (<100cc), moyenne (100-300cc) ou grande abondance (>300cc)
- EPL ou aérien, Pneumonie

### **Paraclinique :**

- **radiologie :**
- lésions caractéristiques non pathognomoniques, **siège électif au lobe supérieur**
  - opacités :
    - o nodules : 2 à 10 mm de diamètre peu dense
    - o infiltrats : opacité en nappe mal limitée peu dense homogène ou non, systématisé ou non,
  - clartés :
    - o ulcérations : cavité unique ou multiples creusées dans une opacité en nappe
    - o caverne : clarté arrondie de diamètre variable limité par une paroi épaisse régulière
    - o bronche de drainage : image en raquette
  - ADP sont le plus souvent latéro-trachéales droites, interbronchiques droites et intertrachéobronchiques
- **bactériologie : (DC de certitude)**
- fait avant tout traitement
- **examen des crachas** non salivaires récupérés à jeun ou par tubage gastrique (chez l'enfant), si négatifs **fibro-aspiration**
- examen au MO après coloration de **Ziehl Nelson**, lecture en carreau à la recherche de BAAR
  - 0 BAAR/300 champs : lame négative
  - < 5/300 : lame douteuse
  - <10/100 : lame pauvre
  - 11-99/100 : lame moyennement riche
  - > 1/1 : lame riche

- il faut mettre en **culture sur milieu de Lowenstein** Jensen quelque soit le résultat
- **IDR à la tuberculine** : pour les TEP, peut être (-) en cas de virose, grippe ou immunodépression

**Formes cliniques :**

**1) tuberculose miliaire aigue :**

- complication d'une PIT ou conséquence d'une dissémination hémotogène
- maladie grave mettant en jeu le pronostic vital, doit être traitée sans preuve bactériologique
- **clinique** :
  - SG : fièvre 40°
  - SP : SDRA, hémoptysie, tachycardie
  - SP : râles crépitants, Sd d'EPL, Sd caverneux
- **diagnostic radiologique**, deux types
- **miliaire hémotogène** : opacités nodulaire (diamètre <3mm) peu dense, régulièrement disséminés aux deux champs pulmonaires
- **miliaire bronchique** : dissémination à partir d'un foyer caséux parenchymateux caverne ou bronche, non uniformément répartir, uni ou bilatérale
- **DC** :
  - Radiologie :
    - o HM : image micronodulaire <3 mm
    - o HB : image micro ou macro nodulaire qui confluent par endroit
  - bactériologie :
    - o après avoir débuté le traitement
    - o **IDR** à la tuberculine : (+) si > 7mm
    - o Recherche de BK dans les crachats ou tubage gastrique voir fibro aspiration
    - o **HC** sur milieu de Lowenstein Jensen
    - o **FO** : tubercule de Bochut (tache blanc jaunâtre sur la rétine), examen indispensable
    - o **PL** : décèle une atteinte méningée BK, LCR > 10 lymph/mm<sup>3</sup>, hypoglucorachie, hyperalbuminorachie, indispensable
  - biologie : NFS normocytose le plus souvent, hypokaliémie

**2) miliaire disséminée ou généralisée (maladie d'EMPIS)**

- risque de septicémie avec méningite
- allure pseudo typhoïde sauf : dissociation pouls-T°, tache rosée lenticulaire, langue propre
- signes respiratoires tardifs : dyspnée, toux, douleur thoracique

**3) tuberculose caverneuse** : 2cm<sup>2</sup> => 100 million de BK

**4) tuberculome** : rare, opacité arrondie de TRT chirurgical

**Diagnostic différentiel :**

- **staphylococcique : miliaire à gros grain**, labilité des images, pneumatocele
- miliaire carcinomateuse
- lymphangite carcinomateuse
- fibrose interstitielle diffuse : sarcoïdose, pneumoconiose

**Evolution :**

- sous traitement : négativation des bacilloscopie au 5<sup>ème</sup>, 6<sup>ème</sup> mois
- **guérison** : négativité des examens bactériologiques à la fin des 2 derniers mois
- **Echec** : au cours d'un TRT régulier les examens bactériologiques restent (+)

## La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

- **Rechute** : positivité des examens bactériologiques avant la 3<sup>ème</sup> année après la fin d'un TRT régulier suivie de guérison
- **Radiologie** : restitution ad intégrum, séquelles denses linéaires, rétraction, évidement, DDB

### Complication :

- hémoptysie, PNO, EPL,
- aspergillose diffuse, aspergillome intra cavitare (image en grelot)
- DDB, IRC

### Traitement :

#### ➤ médicaments :

|         | streptomycine (S) | Isoniaside (INH) | Rifampicine (R) | Pyrazinamide (Z) | Ethambutol (E) |
|---------|-------------------|------------------|-----------------|------------------|----------------|
| Dose cp | 1gr               | 75mg             | 150/300mg       | 400mg            | 275mg          |

#### ➤ catégories de tuberculose :

- **catégorie I :**

- TPM(+)
- TPM(-) C(+)
- TPM (-) C non disponible
- Cas sévère de TEP : méningo-miliaire, rénale, génito-urinaire, ostéoarticulaire, péricardique

- **catégorie II :**

- rechute
- échec
- reprise évolutive : lorsque arrêt du TRT pendant > 1 mois pendant les 2 premiers mois du TRT

- **catégorie III :**

- cas simple de TEP (pleurale, péritonéale, ganglionnaire)

- **catégorie IV :**

- cas chronique de TP : c'est l'échec au traitement des catégories II, dans la plupart du temps ce sont des BK résistants voir multi-résistants

#### ➤ TRT des catégories :

- **catégorie I :** 2RHZE / 4RH
- **catégorie II :** 2SRHZE / 1RHZE / 5RHE
- **catégorie III :** 2RHZ / 4RH
- **catégorie IV :** 3EKZC / 18 Ethio Z

#### ➤ conduite du TRT :

- bilan pré thérapeutique : poids, chimie des urines, recherche maladie à risque
- TRT institué en UCTHR
- catégories I-III

|          | RHZE (2mois)<br>150/75/400/275<br>Catégorie I | RHZ (2mois)<br>150/75/400<br>Catégorie III | RH (4mois)<br>150/75<br>Catégorie I-III |
|----------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 30-37 kg | <b>2</b>                                      | <b>2</b>                                   | <b>2</b>                                |

**La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger**

|          |          |          |          |
|----------|----------|----------|----------|
| 38-54 kg | <b>3</b> | <b>3</b> | <b>3</b> |
| 55-70 kg | <b>4</b> | <b>4</b> | <b>4</b> |
| > 71 kg  | <b>5</b> | <b>5</b> | <b>5</b> |

- catégorie II

|       | Phase initiale (3mois)     |                                         | Phase d'entretien (5mois) |                  |
|-------|----------------------------|-----------------------------------------|---------------------------|------------------|
|       | S (2 premiers mois)<br>1gr | RHZE (3premiers mois)<br>150/75/400/275 | RH (5mois)<br>150/75      | E (5mois)<br>400 |
| 30-37 | <b>0,5</b>                 | <b>2</b>                                | <b>2</b>                  | <b>1,5</b>       |
| 38-54 | <b>0,75</b>                | <b>3</b>                                | <b>3</b>                  | <b>2</b>         |
| 55-70 | <b>1</b>                   | <b>4</b>                                | <b>4</b>                  | <b>3</b>         |
| >70   | <b>1</b>                   | <b>5</b>                                | <b>5</b>                  | <b>3</b>         |

➤ **Effets secondaire**

**1) effet mineurs**

|   | Effets secondaires                           | Mesure à prendre                       |
|---|----------------------------------------------|----------------------------------------|
| H | Euphorie, insomnie                           | Vérifier la posologie                  |
| R | Troubles digestifs, urines colorées en rouge | TRT symptomatique, pansement gastrique |
| S | Nausées, vertiges, striction de la face      | Diminuer les doses, vit B              |
| Z | Arthralgies, nausées                         | TRT symptomatique                      |
| E | Nausées                                      | TRT symptomatique                      |

**2) effets majeurs**

|       | Effets secondaires                                                        | Mesure à prendre                                                                                                            |
|-------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tous  | Hypersensibilité généralisé (allergie, fièvre œdème Quincke, rash cutané) | Arrêt TRT, identification du médicament responsable<br>Désensibilisation ou arrêt définitif                                 |
| R-S   | Accidents hématologiques, purpura, anémie hémolytique, anurie             | Arrêt définitif                                                                                                             |
| H-R-Z | Hépatite médicamenteuse, ictère, syndrome cytolytique                     | Arrêt transitoire jusqu'à normalisation du bilan hépatique + diminuer les doses<br>Si l'ictère réapparaît = arrêt définitif |
| S-H-E | Surdité, troubles vestibulaire (S),  pilepsie (H), névrite optique (E)    | Arrêt définitif<br>Diminuer les doses de INH + pyridoxine en cas d'épilepsie                                                |

➤ **formes cliniques**

- insuffisance rénale chronique :

- Streptomycine, Ethambutol CI
- prescrire Isoniazide à dose réduite
- malade diabétique et immunodéprimé :
  - aucun changement de TRT
  - remplacer les hypoglycémiants oraux par l'insuline (interférence avec Rifampicine)
- femme enceinte :
  - aucun risque pour la mère ni l'enfant
- enfant contact de moins de 5mois :
  - Isoniazide seul (100-300mg)

➤ **indications à l'hospitalisation**

- complications : hémoptysie, pyo PN, EPL
- affections psychiatrique
- AEG avec cachexie
- Malade résidant loin d'un centre hospitalier
- Effets secondaires majeurs du TRT

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



# LA FACULTÉ

## Référence du concours de résidnat

### Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:  
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

**Programme National de lutte antituberculeuse**

**Objectifs :**

- Réduire de  $\frac{1}{2}$  le tx annuel de nouveaux cas de TPM+ (microscopie +) d'ici 2010
- Réduire de  $\frac{1}{2}$  le tx annuel la fréquence des méningites et des miliaries
- Vaccination des nné par BCG à fin d'atteindre une couverture > 95%
- Identification d'au moins 85% des cas de TPM+
- Dépistage des nouveaux cas

**Objectifs thérapeutiques :**

- Proportion des malades guéris = 85%
- Proportion des malades ayant reçu un TRT complet sans preuve bactériologique = 0%
- Echec + rechute < 5%
- Décès < 5%
- Perdus de vue < 5%

**Indices épidémiologiques :**

- TPM+/TBK  $\geq$  65%
- TPM+/TP  $\geq$  85%
- TPM+/suspects de TBK = 5-15%

**Vaccination :**

**Taux de couverture vaccinale** = nombre d'enfants vaccinés/nombre de naissances  $\geq$  95%

**En Algérie le risque annuel infectieux = 0.5%**

Pour toutes les formes de TBK on a :

- 50% TPM+
- 25% TPM0 Culture +
- 25% TEP

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



# LA FACULTÉ

## Référence du concours de résidnat

### Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:  
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

**Exploration Fonctionnelle Respiratoire :**

**1) Spirographie :** explore les volumes, les capacités et les débits

➤ **Les volumes mobilisables :**

- Volume courant VC : volume d'air mobilisé au cours d'un cycle respiratoire au repos. **VC = 500cc**
- Volume de réserve inspiratoire VRI : volume d'air mobilisé au cours d'une inspiration forcée après une inspiration normale. **VRI = 2000cc**
- VRE : volume d'air mobilisé au cours d'une expiration forcée après une expiration normale. **VRE = 1500cc**
- Capacité vitale CV: volume mobilisable au cours d'une inspiration forcée faisant suite à une expiration forcée. **CV = VC + VRI + VRE = 4l**

➤ **Les volumes non mobilisables :**

- Volume résiduel : volume d'air restant dans les voies respiratoires après une expiration forcée. **VR = 1500cc**
- Capacité respiratoire fonctionnelle CRF : volume restant dans les voies respiratoires après une expiration normale
- Capacité pulmonaire totale **CPT = CV + VR = 5.5 l**

➤ **Débit expiratoire maximal (DEM)**

- **DEM 25%** = expiration de l'air dans les grosses bronches
- **DEM 50%** = expiration de l'air dans les bronches moyennes
- **DEM 75%** = expiration de l'air dans les bronches distales

➤ **Volume expiratoire moyen par seconde (VEMS)**

- **VEMS** = volume d'air expiré à la première seconde au cours d'une expiration forcée suite à une inspiration forcée. **VEMS = 75%**

➤ **Indice de Tiffeneau :**

- **IT** =  $VEMS/CV = 80\%$

**Les syndromes respiratoires :**

➤ **Sd obstructif :**

- VEMS diminué, CV normale => IT diminué qui définit l'obstruction
- obstruction bronchique (crise d'asthme, BPCO, emphysème)

➤ **Sd restrictif :**

- Diminution de la CPT (diminution CV et VR)
- Diminution VEMS
- IT normal (diminution des CV et VEMS)
- Causes :
  - Atteintes pariétales (déformation thoracique)
  - Atteintes pleurales (EPL, pachypleurite)
  - Atteintes parenchymateuses (atélectasie, fibrose pulmonaire)

➤ **Sd mixte :**

- Diminution des VEMS, CV, IT
- Causes :
  - Bronchite chronique
  - Emphysème + (cyphoscoliose, pachypleurite, atélectasie)
  - DDB

**2) Gazométrie :** exprime l'hématose (échanges alvéolo-capillaires)

|       | NL      | Acidose métabolique | Acidose resp compensée | Acidose resp décompensée | Hypoxie isolée |
|-------|---------|---------------------|------------------------|--------------------------|----------------|
| SAO2  | 100%    | Normale             | Diminuée               | Diminuée                 | Normale        |
| PaO2  | 100mmhg | Normale             | Diminuée               | Diminuée                 | Diminuée       |
| PaCO2 | 40mmhg  | Normale             | Augmentée              | Augmentée                | Normale        |
| PH    | 7.4     | Diminuée            | normale                | Diminuée                 | Normale        |
| HCO3- | 26meq/l | Augmentée           | Augmentée              | Augmentée                | Normale        |

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



# LA FACULTÉ

## Référence du concours de résidnat

### Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:  
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

**Broncho-pneumopathie chronique obstructive BPCO**

**Définition :**

Maladie inflammatoire chronique des voies aériennes caractérisée par la **limitation expiratoire permanente** des débits aériens due à :

- **une bronchite chronique**=> emphysème centro-lobulaire (effet shunt majeur)
- **un déficit en alpha 1 AT** => emphysème pan-lobulaire (effet shunt mineur)
- FDR : **tabac +++**, déficit en A1AT, pollution, infections respiratoires de l'enfance

**Bronchite chronique :**

➤ **Anapath :**

- Au niveau des gros troncs bronchiques :
  - Transformation des cellules ciliées en cellules caliciformes => **hypersécrétion**
  - Hypertrophie et augmentation du nombre de glandes s/muq=> hypersécrétion
  - Œdème du chorion
  - Atrophie du cartilage et fibrose des voies aériennes
- Au niveau des bronchioles terminales :
  - Destruction totale de l'épithélium => **fibrose irréversible**
  - Destruction de la paroi des alvéoles par emprisonnement de l'air => **emphysème**

➤ **Physiopath :**

- Hypersécrétion bronchique => **obstruction luminale**
- Hyperviscosité du mucus => **infection et obstruction**
- Perte de rigidité des voies aériennes => **collapsus expiratoire**

➤ **Clinique :**

**1) Période stable :**

- **SF :**
  - toux + expectorations muco-purulentes matinales + dyspnée + douleurs thoraciques
  - hémoptysie : s. de gravité (peut cacher un néo) => fibro bronchique + TDM
- **SP :**
  - Distension thoracique + diminution de l'ampliation thoracique
  - Respiration rapide superficielle avec allongement du temps expiratoire
  - Mise en jeu des muscles accessoires : SCM, scalènes
  - Diminution du murmure vésiculaire et du diamètre inspiratoire basi-thoracique
  - Rechercher des signes d'IVD
  - Cyanose, hippocratisme digital

**2) Exacerbation : insuffisance respiratoire aigue**

➤ **Radio Tx :**

- **S. de destruction parenchymateuse :**
  - Initialement : hyperclarté diffuse bilatérale, raréfaction vasculaire
  - Secondairement : bulles d'emphysème (clartés arrondies finement cerclées)
- **S. de distension pulmonaire :**
  - Thorax en tonneau quadrangulaire

- Horizontalisation des côtes
- Aplatissement des coupes diaphragmatiques
- Aspect cœur en goutte
- **S. d'inflammation :**
  - Bronchique : image en rail
  - Parenchymateuse : aspect sal du poumon
- **S. d'HTAP :** augmentation du diamètre de l'artère pulmonaire > 16mm

➤ **Examen complémentaire**

- **EFR :** Sd obstructif
  - diminution du VEMS et de l'IT
  - **test irréversible** aux bronchodilatateurs et CTC oraux
- **Gazométrie :** obligatoire si cyanose
- **NFS :** si surinfection
- **ECG + écho cardio :** dilatation des cavités droites
- **Cathétérisme droit :** HTAP
- **TDM +++ (certitude)**
- **Fibroskopie bronchique :** si hémoptysie (recherche d'un néo)
- **Scintigraphie :**
  - Préopératoire
  - Bilan d'extension des lésions
  - Suspicion d'embolie pulmonaire

**Emphysème pulmonaire :**

- **Emphysème centro-lobulaire :**
  - destruction localisée des bronchioles terminales entraîne :
    - sténose bronchiolaire + dilatation des espaces aériens => hypoventilation alvéolaire
    - mais la circulation capillaire dans les zones hypoventilées persiste => effet shunt majeur => hypoxie => **HTAP précoce**

- **Emphysème pan-lobulaire :**
  - destruction de la zone d'échange air-sang => effet shunt mineur + **HTAP tardive**

➤ **Clinique :**

- SF : dyspnée d'effort + toux sèche
- SP : distension thoracique + tirage discret + diminution du mv

➤ **Radio Tx :**

- **S. de destruction parenchymateuse :** hyperclarté + bulles d'emphysème
- **S. de distension pulmonaire :**
- **Devant suspicion d'emphysème obstructif on réalise une incidence en expiration forcée**

➤ **Examen complémentaire**

- **Dosage de l'A1AT +++**

- **TDM +++ (certitude)**
- **EFR : Sd obstructif**

**Traitement :**

**Classification de Gold**

|   |                                     |                                      |
|---|-------------------------------------|--------------------------------------|
| 0 | Expectoration                       | IT>70%                               |
| 1 | Expectoration + dyspnée légère      | IT<70%                               |
| 2 | Expectoration + dyspnée permanente  | 50<VEMS<80%                          |
| 3 | Expectoration + dyspnée invalidante | 30<VEMS<50%                          |
| 4 | Expectoration + dyspnée sévère      | VEMS< 30% ou<br>30<VEMS<50%+CPC+HTAP |

- Stade 0 : arrêt tabac + abstention thérapeutique
- Stade 1 : arrêt tabac + B2 à courte durée s'action à la demande
- Stade 2 : arrêt tabac + B2 à longue durée s'action
- Stade 3 : arrêt tabac + B2 à longue durée s'action + CTC si exacerbations fréquentes (>3x/an) + kiné
- Stade 4 : arrêt tabac + B2 à longue durée s'action + CTC + kiné +OLD

**Moyens thérapeutiques**

- Bronchodilatateurs :
  - B2 mimétique à durée d'action rapide : Terbutaline – Salbutamol
  - B2 mimétique à longue durée d'action : salmeterol
  - Théophylline
- CTC : Prédnisone ou Solumédrole (si exacerbation)
- OLD : oxygénothérapie à longue durée : 15h/24h
  - Si  $PaO_2 < 55$  mmhg
  - Si  $56 < PaO_2 < 59$  + HTAP > 20 mmhg ou CPC ou désaturation nocturne non apnéique
- Kinésithérapie respiratoire
- Diurétiques si OMI : Furosémide 40 mg
- Anti-cholinergiques : Bromure d'Ipratropium pour lever le spasme
- Anti-coagulation préventive : HBPM

**Exacerbation : SDRA**

➤ **Critères d'hospitalisation :**

- FR >25, FC >100, tirage, OMI, troubles de la conscience

➤ **CAT**

- Hospitalisation + LVAS + position ½ assise + O2 bas débit 3l/mn en discontinu
- Voies d'abord + remplissage si TA basse
- B2 à action rapide : Ventoline 1cc + 3cc SS toutes les 20mn pendant 1h
- CTC : Solumédrol 40-60 mg
- Furosémide 40mg
- ATB si augmentation des expectorations purulentes : Augmentin
- Anti-cholinergiques : Bromure d'Ipratropium pour lever le spasme
- Anti-coagulation préventive : HBPM



Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



# LA FACULTÉ

## Référence du concours de résidnat

### Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:  
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

## **INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE**

- le poumon n'arrive plus assurer l'hématose par l'une ou plusieurs de ces fonctions:

### **Mécanismes :**

#### **→ hypoventilation alvéolaire :**

- réduction du volume courant qui peut être du à :

##### **1) atteinte nerveuse centrale** (AVC, tumeurs, infections, toxique)

- lésion des centres respiratoires bulbaires détermine l'IR par deux mécanismes
  - diminution de la fréquence respiratoire et des mouvements thoraciques
  - encombrement des voies aériennes par hypersécrétion bronchique et inefficacité de la toux

##### **2) incapacité musculaire du soufflet thoracique :**

- IR dite paralytique par réduction de l'ampliation thoracique et encombrement des voies aériennes supérieures, peut être secondaire à :
  - lésion médullaire (traumatisme, compression, affection dégénérative...)
  - syndrome radiculo-névritique
  - bloque neuro-musculaire (myasthénie, hypokaliémie, hyperkaliémie)

##### **3) origine pariétale**

- grand traumatisme thoracique (fractures de côtes, volet thoracique)
- grande déformation thoracique (cyphose, scoliose)

##### **4) origine pleurale :**

- pleurésie
- fibro-thorax

##### **5) hypoventilation d'origine pulmonaire**

- principal mécanisme étant l'inadaptation du volume courant avec un volume résiduel excessif
- deux principales causes : obstruction des bronches, destruction des septas alvéolaires
  - asthme à dyspnée continue, DDB
  - emphysème centro-lobulaire secondaire à une bronchite chronique obstructive

#### **→ altération de la ventilation/perfusion :**

- se voit dans l'embolie pulmonaire, emphysème centro lobulaire secondaire à une bronchite obstructive chronique

#### **→ bloque alvéolo-capillaire :**

- obstruction à la diffusion de gaz entre les alvéoles et les capillaires sanguins normalement ventilés et perfusés
- se voit dans les fibroses : sarcoïdose stade Ib, pneumoconiose, PR, sclérodermie

#### **→ restriction parenchymateuse**

- réduction égale de la ventilation et de la perfusion dans un territoire pulmonaire
- cause : amputation chirurgicale, emphysème panlobulaire

**Cause la plus fréquente des IRC : pneumopathies virales**

### **Conséquence de l'IRC :**

#### **1) sur l'appareil respiratoire :**

- l'hypoxie va entraîner une hyperventilation avec respiration superficielle
- l'hypercapnie entraîne une hypersécrétion bronchique

**2) sur l'appareil cardiovasculaire :**

- polyglobulie + rétention hydrique
  - le cœur droit : HTAP -> HVD -> IVD
  - le cœur gauche :
    - l'hypoxie aigue entraine une vasoconstriction -> HTA
    - dans l'hypoxie chronique il y'a accoutumance des chémOR au CO2 -> pas d'HTA
    - l'acidose métabolique entraine une chute de la tension artérielle

**3) sur le système nerveux**

- le cerveau ne souffre que tardivement grâce à sa grande capacité à extraire l'O2
  - encéphalopathie respiratoire (céphalée, obnubilation, agitation)
  - signes ophtalmologique (dilatation veineuse au FO)

**4) sur le rein :**

- l'atteinte rénale est secondaire à l'hypoxie, l'acidose, atteinte cardiaque
- dysfonctionnement rénale (oligurie, albuminurie, hyperazotémie)
- défaillance cardiaque par sécrétion d'ADH et d'aldostérone

**5) sur l'équilibre acido-basique :**

- acidose hypercapnique

**Traitement :**

Symptomatique :

- traitement de la cause sous jacente
- prévention
- oxygénothérapie de longue durée OLD
  - état basal de  $PaO_2 \leq 55\text{mmHg}$  (en dehors de tt décompensation « 2mois à distance »)
  - $PaO_2 \leq 60\text{mmHg}$  avec signe d'IDV, polyglobulie, désaturation nocturne
  - L'hypercapnie chronique ne CI pas l'OLD
    - o min 15h/jr
    - o On doit obtenir au moins une  $PaO_2 \geq 70\text{ mmHg}$

- Traitement de l'épisode décompensatoire :

Oxygénothérapie à bas débit à raison de 0,5 à 1 l/min (ne pas aggraver l'hypercapnie)

- Nébulisation de bronchodilatateur (B agonistes, anti cholinergique)
- Corticoïdes (solumédrol)
- Kinésithérapie + drainage dès que possible
- Antibiothérapie quasi-systématique
- HBPM
- Traitement des tares et facteurs déclenchant, hydratation, assurer un bon état nutritionnel

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



# LA FACULTÉ

## Référence du concours de résidnat

### Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:  
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

**Pneumothorax :**

PNO = présence d'air dans la cavité pleurale + collapsus partiel ou complet du poumon

**Pathogénie :**

- PNO résulte d'une brèche entre le compartiment gazeux broncho-pulmonaire et l'espace pleural normalement virtuel.
- Cette brèche résulte de la rupture des formations bulleuses :
  - Bleps : kystes gazeux s/pleuraux qui peuvent exister en dehors de toute lésion parenchymateuse.
  - Bulles d'emphysème : zone de destruction de la paroi alvéolaire.

**Clinique :**

- SF :
  - Douleur thoracique à type de point de coté accentuée par les mouvements et la toux
  - Dyspnée + toux sèche
- SP : triade de Gailliard
  - Hypersonorité
  - Diminution ou abolition du mv
  - Immobilité d'un héli-thorax
- En cas de PNO suffocant : SDRA

**Radio :**

- hyperclarté avasculaire
- si PNO minime => prendre cliché en expiration forcée
- si PNO total => moignon du poumon collabé contre le médiastin
- les bleps ne sont pas visibles à la radio

**TDM (certitude) :** pour les petits décollements

**Etiologies**

- PNO idiopathique.
- PNO secondaire.
  - BPCO, TBK, SIDA, néoplasies.
  - Pneumopathies infectieuses et interstitielles.
  - PNO cataménial (en rapport avec l'endométriome).

**TRT :**

- **PNO minime (décollement <1cm) :** repos + antalgiques.
- **PNO partiel (décollement <3cm):** exsufflation à l'aiguille.
- **PNO total ou suffocant :** pleurotomie à minima (drain) + clamber le drain 48h après.
- **Hémo PNO :** drain (incision au 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> EIC).
- **Echec du drain :** talcage pleural.
- **Chirurgie (symphyse pleurale) :** si
  - Récidive controlatérale.
  - Ou 3 récurrences homolatérales.
  - Ou certaines professions : pilote, navigateur, apnéiste.

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



# LA FACULTÉ

## Référence du concours de résidnat

### Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:  
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

### **Kyste hydatique du poumon**

- **Anamnèse** : région, contact avec un chien, profession
- **Clinique** :
  - **KHP sain**
    - Asymptomatique, parfois migraine, urticaire
    - **Découverte radiologique fortuite** : opacité pulmonaire arrondie dense et homogène de contours nets, de siège basal (opacité en boulet de canon)
    - Evolution : hémoptysie puis stade suivant
  - **KHP flétri**
    - **Crachats hémoptoïques**
    - Rx : opacité ronde dense et homogène surmontée d'une clarté en croissant
    - Evolution : vomique hydatique eau de roche
  - **KHP rompu suppuré**
    - **Tableau de suppuration pulmonaire** : sd infectieux + toux + expectorations purulentes + hyperleucocytose
    - Réaction allergique accompagnant la vomique : urticaire, prurit
    - Rx : image hydro-aérique à niveau horizontal ondulé
    - Evolution : possibilité de rupture dans la cavité pleurale : hydatido-pyo-PNO
  - **KHP en stade de rétention d'air et de membranes** : **image en grelot**
  - **KHP en stade de rétention sèche de membranes** : hémoptysies de petites abondances répétées
- **Sérologie** : **diagnostic de certitude**
  - Hémagglutination : seuil de positivité 1/320
  - IFI : 1/60
  - Réaction de fixation du complément : 1/40
- **Echo abdominale et thoracique** : **obligatoire** (recherche d'autres localisations)
- **Fibroscopie bronchique** : intérêt si KHP rompu

#### **TRT :**

- Kyste sain : kystectomie
- Kyste suppuré : Oxacilline+ Gentamycine 6 à 8 semaines + puis chirurgie segmentaire ou lobectomie

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



# LA FACULTÉ

## Référence du concours de résidnat

### Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:  
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

**Asthme bronchique**

Atteinte inflammatoire chronique des voies aériennes caractérisée par des épisodes de dyspnée paroxystique sifflante récidivante et variable dans le temps

**Asthme** = troubles ventilatoires obstructifs + hyper réactivité bronchique (broncho-constriction) + réversibilité sous bronchodilatateurs

**Maladie multifactorielle** : génétique, acquise (médiateurs chimiques, allergiques, air froid, ex physique)

**Diagnostic :**

- **SF :**
  - Toux spasmodique, sifflements, gênes respiratoires, oppressions thoraciques
  - Symptômes nocturnes, paroxystiques, récidivants, cédant spontanément ou s/TRT
- **SP :**
  - râles sibilants
- **EFR :**
  - TVO réversibles sous bronchodilatateurs inhalés
  - Test au Carbacol (broncho-constricteur) :
    - Si chute du VEMS de plus de 20% => asthmatique
    - Si sujet sain => légère broncho-constriction => VEMS ne chute pas

**Diagnostic différentiel :**

- **BPCO**
  - Tabagisme +++
  - Toux productive chronique
  - Absence d'hyper réactivité bronchique
  - TVO irréversibles s/broncho-dilatateurs
- **Obstacles mécaniques**
  - Tumeur endoluminale ou médiastinale, corps étranger, ADP
  - Intérêt de la radiographie et de l'endoscopie bronchique

**Stades de sévérité :**

| Palier              | Stade 1                                                                  | Stade 2                                         | Stade 3                                                                                   | Stade 4                                                                                   |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Asthme</b>       | <b>Intermittent</b>                                                      | <b>Persistant léger</b>                         | <b>Persistant modéré</b>                                                                  | <b>Persistant sévère</b>                                                                  |
| <b>S. cliniques</b> | Symp intermittents <1x/s<br>Exacerbations brèves<br>Symp nocturnes <2x/m | Symp >1x/s et <1x/j<br><br>Symp nocturnes >2x/m | Symp quotidiens<br>Symp retentissant sur l'activité et le sommeil<br>Symp nocturnes >1x/s | Symp permanents<br>Exacerbations freq<br>Symp nocturnes freq<br>Activité physique limitée |
| <b>Variab DEP</b>   | < 20%                                                                    | 20-30%                                          | > 30%                                                                                     | > 30%                                                                                     |
| <b>VEMS</b>         | > 80%                                                                    | > 80%                                           | 60%< VEMS< 80%                                                                            | < 60%                                                                                     |

- Il suffit d'un élément pour attribuer un grade de sévérité
- DEP : débit expiratoire de pointe
- Variabilité DEP observé par rapport au théorique
- Plus le rapport DEP est bas => plus l'obstruction est importante

## **Traitement**

- **Bronchodilatateurs :**
  - B2 mimétique à durée d'action rapide : Terbutaline (Bricanyl) – Salbutamol (Ventoline)
  - B2 mimétique à longue durée d'action : salmeterol
  - Présentations : aérosols, nébulisateurs, injections
  - Effets secondaires : tremblements, tachycardie, nausées, vomissements, céphalées
- **Théophylline :**
  - Présentation : cp Lp 10mg/kg/j en 2 prises
  - Relâche le muscle lisse bronchique + augmente la clairance muco-ciliaire + anti-inflammatoire
  - Effets secondaires : idem que B2 + troubles neurologiques, hypocalcémie
- **Anti-cholinergiques :** Bromure d'Ipratropium pour lever le spasme
- **CTC :**
  - Prédnisone (cp) ou Solumédrole (inj) Dipropionate de Beclamétazone (inhal)
  - Trt de fond de la maladie

| Stades | TRT préventif                                                                                                                         | TRT symptomatique                                                                             |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4      | <ul style="list-style-type: none"><li>- B2 à action prolongée</li><li>- Théophylline retard</li><li>- CTC inhalés ou per os</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- B2 rapide en fonction des symptômes</li></ul>         |
| 3      | <ul style="list-style-type: none"><li>- B2 à action prolongée</li><li>- CTC inhalés</li></ul>                                         | <ul style="list-style-type: none"><li>- B2 rapide 3 à 4x/j</li></ul>                          |
| 2      | <ul style="list-style-type: none"><li>- CTC inhalés</li></ul>                                                                         | <ul style="list-style-type: none"><li>- B2 rapide 3 à 4x/j</li></ul>                          |
| 1      | <ul style="list-style-type: none"><li>- Pas de TRT</li></ul>                                                                          | <ul style="list-style-type: none"><li>- B2 à la demande</li><li>- B2 avant exercice</li></ul> |

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



# LA FACULTÉ

## Référence du concours de résidnat

### Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:  
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

**PRISE EN CHARGE DE LA CRISE D'ASTHME**

- accès de dyspnée paroxystique survenant au repos et évoluant en deux phases
- **phase sèche :**
  - début brutal souvent nocturne
  - bradypnée expiratoire sifflante prolongée difficile et bruyante, l'inspiration est brève
  - thorax distendu, râles sibilants
- **phase catarrhale** (au bout de 3 à 4h)
  - hyper sécrétion bronchique => toux productive + expectoration muqueuse (crachats perlés de Laennec)
  - râles ronflants à l'auscultation

**Evaluation de la crise**

- **examen clinique :**
  - dyspnée
  - débit d'élocution
  - état de conscience
  - FR + FC
  - Tirage
  - Râles sibilants
- **éléments pronostic :**
  - DEP : critère le plus objectif de la sévérité de la crise
  - Gazométrie sanguine
- Il faut 2 critères cliniques et 1 critère fonctionnel pour attribuer le grade de sévérité le plus élevé

|                                                                   | <b>C.A. Bénigne</b>               | <b>C.A. modéré</b>                   | <b>C.A sévère</b>                   | <b>Arrêt respiratoire imminent</b>      |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>dyspnée</b>                                                    | En marchant<br>Peut s'allonger    | En parlant<br>Préfère rester assis   | Au repos<br>Penché en avant         |                                         |
| <b>conscience</b>                                                 | Peut être agité                   | Souvent agité                        | agité                               | Somnolent, confus                       |
| <b>élocution</b>                                                  | Conservation                      | Phrase                               | mots                                | Ne peut pas parler                      |
| <b>tirage</b>                                                     | absent                            | Modéré                               | Important (SCM, sus/sous sternal)   | Mouvement thoraco-abdominaux paradoxaux |
| <b>FR</b>                                                         | augmentée                         | Augmentée                            | > 30 cycl/min                       |                                         |
| <b>FC</b>                                                         | < 100                             | 100-120                              | > 120                               | Bradycardie                             |
| <b>sibilants</b>                                                  | Modérés en fin expiratoire        | bruyant                              | Très forts                          | Absent                                  |
| <b>pouls paradoxal</b>                                            | Absent < 10mmHg                   | Peut être présent 10-25mmHg          | Souvent présent > 25mmHg            | Absent (fatigue musculaire)             |
| <b>DEP</b>                                                        | > 80%                             | 60-80%                               | < 60%<br>Effet B2 < 2h              | Impossible à mesurer                    |
| <b>Gazométrie</b><br><b>PaO2</b><br><b>Pa CO2</b><br><b>Sp O2</b> | - normal<br>- < 45mmHg<br>- > 95% | - > 60mmHg<br>- < 45mmHg<br>- 91-95% | - < 60mmHg<br>- > 45mmHg<br>- < 90% |                                         |

**TRT indications:**

- **CAB:**
  - B2 en aérosol ou en chambre d'inhalation 4-8 bouffés
  - TRT peut être renouveler toute les 20 minute pendant la 1<sup>ère</sup> heure
  - Durée de surveillance 1h30 à 2h
- **CAM:**
  - B2: 4-8 bouffés et/ou 1inj de B2 en S/C
  - Le TRT peut être renouveler toutes les 20min pdt la 1<sup>ère</sup> heure, puis toutes les heures

- CTC per os (predinose 0,5-1mg/Kg/jr), en IV (HHC 200mg, solumédrol 40mg)
- Surveillance 1h30 à 3h
- **CAS:**
  - O2 a fort débit (6l) par sonde nasale
  - B2 toute les 20 min pendant la 1<sup>ère</sup> heure (neb ou aérosol) 10-15 bouffés et/ou B2 en S/C
  - Corticoïde en IVD (HHC200mg, solumédrol 40mg)
    - o Si absence d'amélioration après la 1<sup>ère</sup> heure :
  - O2 6l/min
  - Corticoïde IVD/6h
  - B2 /4h
  - Durée de surveillance 6 à 12h
- **arrêt respiratoire imminent**
  - même TRT que CAS
  - B2 en IV lente à la seringue électrique (1mg/h) à augmenter progressivement
  - Adrénaline
  - Ventilation assisté
- on peut avoir recoure à la **ventilation assisté** en cas de non réponse au TRT et de troubles neurologiques

**Facteurs à haut risque d'asthme fatal**

- CTC par voie générale de sauvetage ou sevrage récent
- Hospitalisation ou recours fréquents aux urgences
- Intubation antérieure pour asthme
- Affection psychiatrique
- Mauvaise observance thérapeutique

**Surveillance :**

- ne pas quitter le malade durant les 15 premières minutes
- réévaluation de la réponse au TRT sur les mêmes critères classant la crise

➔ **réponse complète**

- disparition des signes cliniques
- DEP > 70%

➔ **réponse incomplète**

- amélioration sans disparition de tous les signes
- DEP 50-70%

➔ **pas de réponse ou aggravation**

- aucune amélioration
- DEP < 50%

**Sortie du malade :**

- rechercher les facteurs déclenchant la crise
- vérifier la technique d'inhalation
- ordonnance de sortie : CTC per os, B2 inhalés avec ou sans chambre d'inhalation
- lettre au médecin traitant

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



# LA FACULTÉ

## Référence du concours de résidnat

### Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:  
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

**La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger**  
**SARCOÏDOSE**

- Granulomatose diffuse d'étiologie inconnue, le diagnostic repose sur 3 éléments :
  - clinique : **atteinte médiastino-pulmonaire**
  - histologie : **granulomatose tuberculoïde sans nécrose caséeuse** (lésion caractéristique)
  - étiologique : **absence de toute étiologies**
- prédominance : femme de race noire entre 20 et 40ans (hiverno-printanière)
- résolution possible pour certaines localisations
- localisations ubiquitaires

**Anapath :**

- 1- **Granulome tuberculoïde** : lésions siègent au niveau du tissu péri broncho-vasculaire et alvéolaire
  - au centre : macrophages + cellules épithélioïdes + cellules géantes de Langhans + cellules astéroïdes (cellules géantes contenant des inclusions)
  - périphérie : LT CD4 + fibrose
- 2- **Alvéolite** : composée de cellules inflammatoires (lymphocytes + macrophages)
- 3- **Fibrose** : dans les formes évolutives, superposables au granulome

**Clinique** : (sarcoïdose médiastino-thoracique)

- dans 2/3 des cas : asymptomatique
- dans 1/3 des cas : AAA, fièvre, toux sèche + dyspnée d'effort, parfois râles crépitants
- forme extra thoracique : syndrome de Löfgren (cutanée)
- fièvre
- arthralgies (genoux, cheville)
- Erythème noueux
- ADP médiastinales

**Paraclinique :**

- 1) **radiographie thoracique** :
  - **stade 0** : image thoracique normale
  - **stade 1** : ADP hilaires/médiastinales, isolées, bilatérales, symétriques, non compressives
  - **stade 2** : ADP + atteinte parenchymateuse de type :
    - réticulo-nodulaire : bilatérales symétriques, prédominant aux régions moyennes et sup
    - infiltrat alvéolaire : bilatéral à contours flous, contenant un bronchogramme aérique
    - aspect en verre dépoli
  - **stade 3** : atteinte parenchymateuse sans ADP
  - **stade 4** : fibrose pulmonaire diffuse, aspect réticulo-nodulaire en rayon de miel
- 2) **TDM** : intérêt diagnostic et pronostic, examen prioritaire
- 3) **Histologie** : fibrose bronchique, examen prioritaire
- 4) **LBA** : lymphocytes > 20%, CD4/CD8 > 2, PN < 1% => arguments diagnostic
- 5) **IDR à la tuberculine** : (-) dans 70%
- 6) **Dosage immunologique** : hyper gamma globulinémie polyclonales
- 7) **Métabolisme phosphocalcique** : hypercalciurie +/- hypercalcémie, phosphorémie normale
- 8) **Dosage de l'ECA** : produits des cellules épithélioïdes reflet de l'extension du granulome
- 9) **EFR** : Sd restrictif
- 10) **Gazométrie** : hypoxie à l'effort

**Traitement :**

- bilan pré thérapeutique
  - EFR, FO (risque d'uvéite et cécité), chimie des urines, bilan phospho-calcique
- traitement anti-inflammatoire, traitement immunosuppresseurs (méthotrexate)

**Indications :**

- stades radiologiques 1 et 2 : abstention thérapeutique
- stades 3 et 4 : corticoïdes au long cours et immunosuppresseurs

**Pronostic :**

| <b>Facteurs de bon pronostic</b>       | <b>Facteurs de mauvais pronostic</b>               |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Jeune âge                              | Age > 40ans                                        |
| Asymptomatique                         | SF + SP                                            |
| Stade 1 et 2 radiologiques             | Stade 3 et 4 radiologiques                         |
| Pas de localisations extra thoraciques | Localisation extra thoracique multiples ou sévères |
| EFR normale                            | Altération de la fonction respiratoire             |
| Pas d'hypercalcémie                    | Hypercalcémie                                      |

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



# LA FACULTÉ

## Référence du concours de résidnat

### Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:  
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

## **SILICOSE**

- Maladie **professionnelle** due à l'inhalation de poussière de silice
- La silice est **toxique pour le macrophage** qui la phagocyte => fibrose + stimulation des fibroblastes avec formations nodulaires
- Pneumoconiose sclérogène d'évolution lente, les **nodules fibro-hyalins** désorganisent les structures bronchiques et alvéolo-capillaires
- Professions à risque : travailleur souterrain, décapage, ravalement de façade, fabricant de céramique, prothèse dentaire

### **Clinique :**

- stade 1 : catarrhe bronchique + toux
- stade 2 : broncho-pneumopathie chronique (BPCO) + dyspnée d'effort
- stade 3 : IRC avec retentissement cardiaque

### **Paraclinique :**

- 1) **radiographie** : affirme le DC
  - **lésions progressives, bilatérales, symétriques**
  - **opacité arrondies** : punctiforme, nodulaires ou micro-nodulaire
  - opacité linéaire : linges de Kerley
  - **ADP en coquille d'œuf**
  - atteinte pleurale
  - emphysème
- 2) **NFS + examen bactériologique des crachats** (différentiel avec TBK)
- 3) **EFR** : VC + VEMS diminués, restrictif
- 4) **Fibroscopie bronchique**
  - aspect inflammatoire de la muqueuse bronchique
  - LBA : riche en macrophage
  - Biopsie : nodule silicotique = granulome de 1-5µ composé d'une zone centrale acellulaire entourant les particules de silice et dans sa partie périphérique des fibres collagène

### **Diagnostic :**

- repose sur l'anamnèse + anomalie radiologique (éliminer TBK, néoplasie)

### **TRT :**

- pas de traitement de la silicose, traiter les complications

### **Complications :**

- IVD, TBK, nécrose cavitaires aseptiques, PNO, IRA puis IRC, aspergillose, hémoptysie, cancer bronchique

### **Réparation :**

- tableau 25 : PEC 20ans (cancer non pris en compte)

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



# LA FACULTÉ

## Référence du concours de résidnat

### Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:  
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

## **ASBESTOSE**

- Fibrose pulmonaire liée à l'exposition prolongée à l'asbeste (amiante)
- Pas de formation de nodules
- Libération de radicaux libres qui altèrent l'ADN => cancérigène
- Maladie à déclaration obligatoire

### **Clinique :**

- durée d'exposition 20 à 30ans
- SF : dyspnée d'effort croissante + symptômes d'une bronchite chronique
- SP : crépitants aux bases + diminution du MV

### **Paraclinique :**

#### **1) Radiographie**

- image de fibrose et/ou calcification pleurale
- fibrose pulmonaire à mailles serrées en toiles d'araignée
- contours du cœur flous : cœur en porc épique
- image normale

#### **2) TDM +++**

- augmentation de la densité pulmonaire
- épaississement +/- calcifications pleurales
- épanchement pleuraux exsudatifs
- mésothélioma

#### **3) EFR : syndrome restrictif**

#### **4) LBA : présence de corps asbestosiques**

**Evolution** : mesothelioma pleural malin

## **MESOTHELIOMA PLEURAL MALIN**

- Se manifeste par un épanchement pleural chronique récidivant
- Le liquide est souvent hémorragique avec taux d'acide hyaluronique élevé
- Des douleurs thoraciques insomniantes apparaissent à un stade évolué

➤ **Radiographie** : plèvre mammelonnée ou festonnée

➤ **Thoracoscopie** : DC précoce au stade d'EPL chronique récidivant

- **DC différentiel** : pleurésie métastatique d'un adénocarcinome

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



# LA FACULTÉ

## Référence du concours de résidnat

### Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:  
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

## **Cancers bronchiques**

- cancers développés à partir des différents constituants de l'épithélium bronchique
- touche surtout l'homme > 40ans
- pronostic très sombre moins de 5% de survie à 5ans
- facteurs de risque : tabac 9x/10, lésions préexistantes (bronchite chronique, TBK, pneumoconiose), facteur professionnels

### **Classification anapath : 4 grands types**

#### **1) carcinome épidermoïde : (60%)**

- se greffe sur métaplasie préalable de la muqueuse bronchique qui perd son caractère cilié et mucipare
- boyaux cellulaires malpighiens siège d'atypie cyto-nucléaire et de globes cornés
- métastases tardives en relation directe avec le tabac
- développement local peu évolutif
- TRT : chirurgical

#### **2) adénocarcinome (ADK) : (20%)**

- réalisent des formations glandulaires typiques ou non, muco-sécrétantes ou non
- métastases tardives
- évolution longue et lente
- TRT chirurgical

#### **3) carcinome à petites cellules : (15%)**

- cellules monomorphes au noyau très basophile arrondi ou légèrement ovoïde en grains d'avoine
- métastases précoces
- développement rapide
- relation moins nette avec le tabac
- fréquence du syndrome paranéoplasique
- TRT : radio-chimiothérapie, CI à la chirurgie

#### **4) carcinome à grandes cellules**

- métastases précoces
- très agressif
- TRT : radio-chimiothérapie

### **Clinique :**

#### **➤ signes respiratoires**

- AAA, fièvre
- toux résistante, sèche, quinteuse
- hémoptysie
- douleurs thoraciques fréquentes, tenaces, insomniantes, fixes, sans irradiation
- dyspnée, wheezing : obstruction d'une grosse branche

- **syndrome médiastinal :**
  - compression respiratoire : toux quinteuse, wheezing
  - compression nerveuse : dysphonie (récurent), hémiparésie diaphragmatique (phrénique)
  - compression vasculaire : Sd cave supérieur (cyanose faciale, œdème en pèlerin, céphalée, CVC, TSJ)
  - Pancoast Tobias
  
- **syndrome paranéoplasique**
  - gynécomastie, hypercalcémie
  - hippocratisme digital
  - dysphonie, hoquet, dysphagie
  - vomissement, épigastalgies
  - lésion cutanée aux creux axillaire
  - douleurs osseuse interne
  - anémie leucocytose

**Paraclinique :**

- 1) **radiographie thoracique :**
  - opacité hilaire (arrondie, irrégulière en oursin), image de gros hile
  - opacité ronde + EPL = néoplasie jusqu'à preuve du contraire
- 2) **fibroscopie bronchique :**
  - aspiration bronchique à la recherche de cellules néoplasiques
  - biopsie des lésions et éperons proximaux
- 3) **TDM : permet la classification TNM**
- 4) **Biologie :**
  - hypercalcémie -> métastase osseuse
  - transaminase élevées -> métastase hépatique
  - non spécifique : VS accélérée, hyperéosinophilie
- 5) **Bilan d'extension :** échographie abdominale, TDM cérébrale, scintigraphie osseuse

**Formes cliniques :**

- **formes topographiques :**
  - carcinome de l'apex : Sd de Pancoast-Tobias
    - o opacité de l'apex
    - o Sd de Claud Bernard Horner ; ptosis, myosis, enophtalmie
    - o Ostéolyse C1-C2 en coup de gomme
    - o Douleurs scapulo-brachiales homolatérale (C8-D1)
  - carcinome de la base : Tobias-Escodero
    - o opacité de la base
    - o hoquet tenace

**Bilan thérapeutique :**

- 1- rechercher des signes d'extension locorégionale : paroi, VCS, œsophage, péricarde
- 2- rechercher des signes d'extension à distance : foie, os, rein, cerveau
- 3- CI à la chirurgie :**
  - Age > 70ans
  - VEMS < 1/3 volume théorique, IT < 50%
  - PaO<sub>2</sub> < 55mmHg, hypercapnie > 50mmHg
  - IC sévère, troubles du rythme
  - Atteinte de la carène, extension médiastin, ganglion de troisier

**Classification TNM :**

- T<sub>0</sub> : pas de tumeur
- T<sub>x</sub> : tumeur prouvé histologiquement non localisé
- T<sub>is</sub> : ne dépasse pas la membrane basale
- T<sub>1</sub> : <= 3cm sans envahissement de la membrane basale
- T<sub>2</sub> : > 3cm, envahissement de la membrane basale
- T<sub>3</sub> : tumeur de l'endapex
- T<sub>4</sub> : envahissement locorégionale
  - N<sub>1</sub> : ADP hilare homolatérale
  - N<sub>2</sub> : ADP médiastinales homolatérale
  - N<sub>3</sub> : ADP contolatérale ou ganglion de troisier
  - M<sub>x</sub> : non connues
  - M<sub>1</sub> : métastase

**TRT :**

- **Chirurgie** : exérèse la plus conservatrice possible (lobectomie, pneumectomie) + curage ganglionnaire
- **Chimiothérapie**
- **Radiothérapie** :
  - Curative : stades 1 et 2 + chimio/chirurgie
  - Palliative : en cas de métastases osseuses
- **TRT symptomatique**

**Indications :**

- Kc épidermoïde et adénocarcinome : chirurgie +/- radio
- Kc anaplasique et à grandes cellules : radio + chimio

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



# LA FACULTÉ

## Référence du concours de résidnat

### Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:  
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

## **Sd médiastinaux**

Les Sd médiastinaux sont les signes de **souffrance** liés soit à l'irritation ou à la compression d'un ou plusieurs organes intra-médiastinaux par une **tumeur**

### **1) Manifestations vasculaires :**

- **Compression de la VCS** : Sd cave sup
  - Céphalées, œdème en pèlerine
  - CVC, télangiectasies (2/3 sup du thorax), TSJ, saillie des veines sublinguales
  - Cyanose des mains et du visage
- **Compression artérielle** est rare

### **2) Manifestations respiratoires** : dyspnée, tirage, toux sèche, hémoptysie

### **3) Manifestations nerveuses :**

- **Paralysie du nerf récurrent gauche** : voix bitonale
- **Paralysie du nerf phrénique D/G** : hoquet persistant, dyspnée, asymétrie des mouvements thoraciques
- **Paralysie du nerf sympathique cervical** :
  - Sd Claude Bernard Horner : ptosis, myosis, enophthalmie
  - Le Sd CBH peut être isolé ou associé à d'autres manifestations dans le Sd Pancoast Tobias : tumeur du dôme pleuro-médiastinal
    - Sd CBH
    - Douleur radiculaire C8-D1, aréflexie tendineuse
    - Lyse costale
- **Paralysie du nerf sympathique dorsal** : troubles vaso-moteurs + hypersudation thoracique

### **4) Manifestations digestives** : dysphagie

## **Diagnostic topographique :**

- **Tumeurs du médiastin antérieur**
  - étage supérieur : **Tm thymiques+++**, goitre, Tm ganglionnaires malignes
  - étage moyen : Tm thymiques
  - étage inférieur : kystes pleuro-péricardiques, lipomes, Tm thymiques
- **Tumeurs du médiastin moyen** :
  - **Tm ganglionnaires malignes +++**
  - Kystes bronchogéniques
  - ADP bénignes
- **Tumeurs du médiastin postérieur** :
  - étage supérieur : **Tm nerveuses+++**, méningocèles, goitres, kystes para œsophagiens
  - étage moyen : idem - goitre
  - étage inférieur : idem - goitre